

松野町若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

年 月 日

松野町長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

松野町若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな		生年月日	年 月 日											
	氏 名		年 齡	歳											
	住 所	〒 TEL ()													
利用開始 予 定 日		年 月 日													
サ ー ビ ス 内 容	申請時点において利用したいサービスにチェック☑をしてください。														
	☐ 訪問介護														
	☐ 身体介護 ☐ 生活援助 ☐ 通院等乗降介助														
	☐ 訪問入浴介護														
	☐ 福祉用具貸与														
	<table><tr><td>☐ 手すり（工事を伴わないもの）</td><td>☐ スロープ（工事を伴わないもの）</td></tr><tr><td>☐ 車いす</td><td>☐ 車いす付属品</td></tr><tr><td>☐ 特殊寝台</td><td>☐ 特殊寝台付属品</td></tr><tr><td>☐ 床ずれ防止用具</td><td>☐ 体位変換器</td></tr><tr><td>☐ 歩行器</td><td>☐ 歩行補助つえ</td></tr><tr><td>☐ 移動用リフト（つり具を除く。）</td><td>☐ 自動排泄処理装置</td></tr></table>				☐ 手すり（工事を伴わないもの）	☐ スロープ（工事を伴わないもの）	☐ 車いす	☐ 車いす付属品	☐ 特殊寝台	☐ 特殊寝台付属品	☐ 床ずれ防止用具	☐ 体位変換器	☐ 歩行器	☐ 歩行補助つえ	☐ 移動用リフト（つり具を除く。）
☐ 手すり（工事を伴わないもの）	☐ スロープ（工事を伴わないもの）														
☐ 車いす	☐ 車いす付属品														
☐ 特殊寝台	☐ 特殊寝台付属品														
☐ 床ずれ防止用具	☐ 体位変換器														
☐ 歩行器	☐ 歩行補助つえ														
☐ 移動用リフト（つり具を除く。）	☐ 自動排泄処理装置														
		☐ 福祉用具購入													
		<table><tr><td>☐ 腰掛便座</td><td>☐ 簡易浴槽</td></tr><tr><td>☐ 自動排泄処理装置の交換可能部品</td><td>☐ 移動用リフトのつり具の部分</td></tr><tr><td>☐ 入浴補助用具</td><td></td></tr></table>				☐ 腰掛便座	☐ 簡易浴槽	☐ 自動排泄処理装置の交換可能部品	☐ 移動用リフトのつり具の部分	☐ 入浴補助用具					
☐ 腰掛便座	☐ 簡易浴槽														
☐ 自動排泄処理装置の交換可能部品	☐ 移動用リフトのつり具の部分														
☐ 入浴補助用具															
生活保護の 受 給		有 ・ 無		該当する方に○印を 付けてください。											
公的制度 受給状況		障害者手帳 有 ・ 無 小児慢性特定疾病医療費助成 有 ・ 無													
《誓約事項》 次の内容を確認の上、チェック☑してください。 ☐ 利用者は、他の事業において、同様のサービスを受けることができない者であることを誓約します。															

* 医師の意見書（様式第2号）を添付してください。